

Sonder-Abdruck

aus

Zeitschrift für Augenheilkunde

Redigiert von H. Kuhnt und J. von Michel.

Sonder-Abdruck aus Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. XVII. H. 4.
Herausgegeben von H. Kuhnt und J. v. Michel.
Verlag von S. Karger in Berlin NW. 6.

Ein Fall von Empyem der Keilbeinhöhle mit Augensymptomen nebst Bemerkungen über die Anatomie der Keilbeinhöhlen.

Von

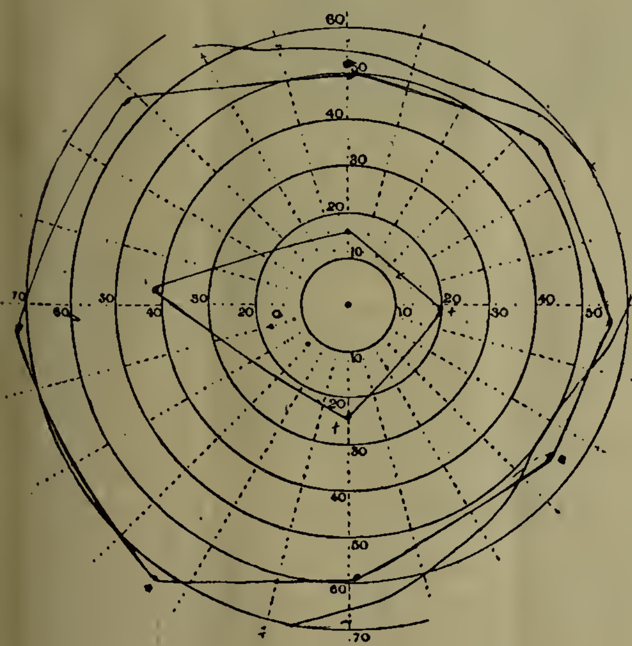
H. H. B. CUNNINGHAM, M.D.

Augenarzt am Ulster-Hospital Belfast[1]).

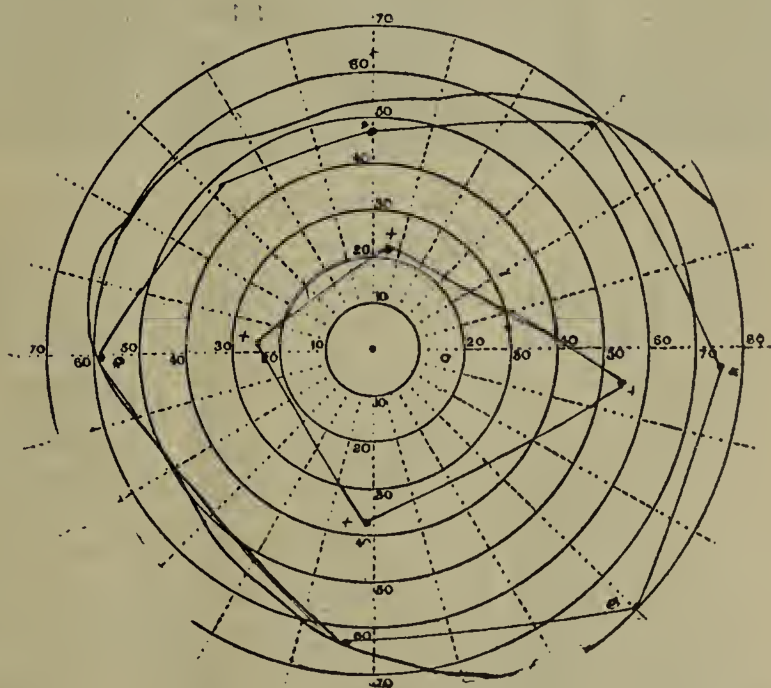
Mit Rücksicht auf die von Onodi (1) in seiner Arbeit aufgeworfenen Fragen, besonders die erste, dürfte die folgende Mitteilung eines Falles von Empyem der Keilbeinhöhle, der von Dr. Walton Brown in der Augenklinik zu Belfast beobachtet wurde, von einigem Interesse sein.

Es handelt sich um einen 50jährigen Schneider, bei dem vor 2 Jahren Doppelsehen aufgetreten war, welches ungefähr 4 Wochen anhielt; gleichzeitig hatte er an linksseitigem fötiden Nasenausfluss, an Schwindel und Schmerzen in der linken Stirn und Schläfe gelitten. Das linke Auge selbst war leicht entzündet gewesen. Vor etwa 3 Monaten (Oktober) traten die Doppelbilder von neuem auf, wiederum begleitet von linksseitigem Nasenausfluss und

L. A.



R. A.



Die mittlere Linie bezeichnet die äusserste Grenze des Gesichtsfeldes für Weiss, die innere diejenige für Rot. Für Weiss und Rot 10 mm.

linksseitigen Stirnschmerzen; diese beiden Symptome gingen dem Doppelsehen einige Wochen voraus. Die einen Monat später (Oktober) vorgenommene Untersuchung ergab: Leichte Prominenz des linken Auges, aber keine Chemosis oder nennenswerte Konjunktivitis. S. beiderseits = $^6/_9$. Es

[1]) Uebersetzt von Dr. Wirths.

bestehen gekreuzte Doppelbilder, die unter Prisma 4° verschwinden, ausserdem eine leichte Parese des linken M. rectus externus. Der Augenhintergrund ist bis auf eine leichte, aber deutliche linksseitige Papillitis normal. Das Gesichtsfeld ist beiderseits, besonders aber links, etwas für Weiss, stärker für rot konzentrisch eingeengt; zentrale Skotome sind nicht vorhanden. Die vordere Rhinoskopie ergibt Eiter in der linken Nasenhöhle, die durch Polypen teilweise verschlossen wird. Die Polypen werden entfernt, und einen Monat später wird der Keilbeinsinus untersucht: es findet sich Eiter in der Gegend der Sinusöffnung. Auswaschungen des Sinus mit Borlösungen durch eine Sinuskanüle, die ohne Schwierigkeiten eingeführt wird, ohne dass eine künstliche Oeffnung angelegt zu werden braucht. 3 Wochen später sind die Doppelbilder verschwunden, die Kopfschmerzen treten nur noch zeitweise, weniger häufig und in geringerer Stärke auf wie früher. Diese Besserung trat unmittelbar nach den Sinusausspülungen auf. Es besteht zwar noch geringe fötide Absonderung aus der Nase und eine leichte Prominenz des linken Auges, aber in viel geringerem Grade wie früher. Die Beweglichkeit des Bulbus ist nach allen Richtungen frei; im Hintergrund ist links der nasale Rand der Papille unscharf, der temporale scharf; die temporale Papillenhälfte erscheint etwas blass. Die Venen sind normal und gut gefüllt, die Arterien etwas enger wie normal. S. beiderseits = $^6/_9$, rechts etwas schärfer wie links. Die Pupillen sind gleichweit und reagieren prompt auf direkte wie indirekte Beleuchtung. Am 3. I. 1907 erneute Ausspülung des Sinus mittelst Katheter, wobei sich etwas dickflüssiger Eiter entleert. Pat. ist ein intelligenter, gesund aussehender Mann. Lues wird negiert, doch ist eine Stiefschwester und -Bruder (Kinder der Mutter) wie seine eigene Schwester an Tuberkulose gestorben.

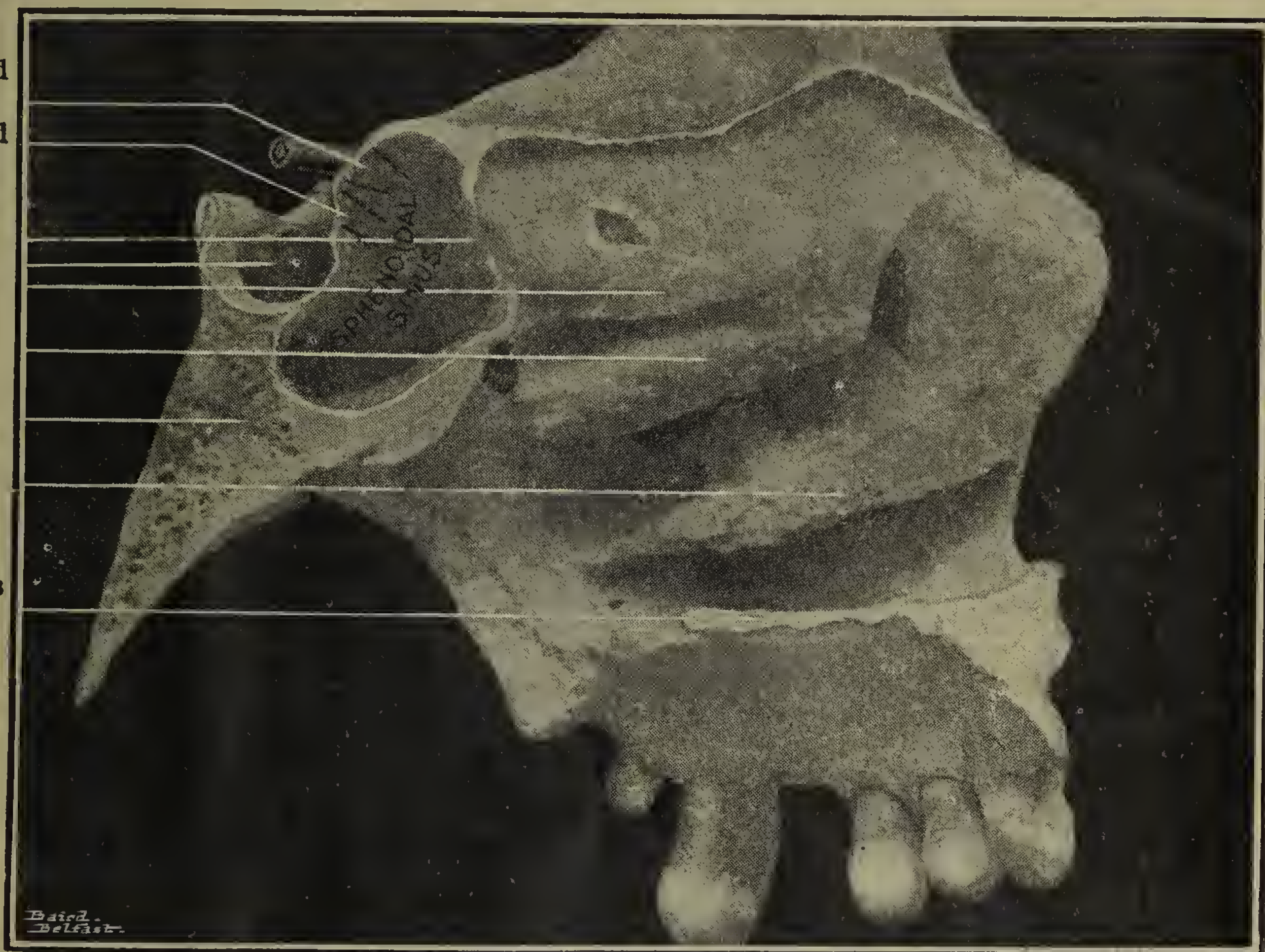
Epikrise.

In der Mehrzahl der Fälle von Sinusitis sphenoidalis klagen die Pat. über gar keine Krankheitserscheinungen, am wenigsten von seiten der Sinusitis als solcher. Vorliegender Fall bestätigt dies: Ein gesunder Mann mit fötider Rhinorrhoe, der er keine Beachtung schenkt, sucht erst wegen der Augenkomplikation ärztliche Behandlung auf. St. Clair Thompson (2) bestätigt, dass in der Regel diese Patienten über Nasensymptome nicht klagen, oft sogar deren Existenz ableugnen und dass sie gewöhnlich erst dann in Behandlung kommen, wenn die oben erwähnten Beschwerden auftreten oder sonst irgend welche Komplikationen; er referiert über 42 tödlich verlaufene Fälle, deren Sektion die Sinusitis sphenoidalis als primäre Erkrankung ergab, von der aus, wie er sagt, sich eine Thrombose des Sinus cavernosus oder eine basale Meningitis als häufigste Folge ausbildet.

Was hat in unserem Falle den Exophthalmus bedingt? Eine Thrombose des Sinus cavernosus erscheint unwahrscheinlich, da hierfür keine Allgemeinsymptome vorliegen und die vorhandenen Symptome nicht schwer sind, während doch bei Thrombose des Sinus cavernosus das Allgemeinbefinden gewöhnlich stark beeinträchtigt ist und der Kranke meist stirbt. Auch beobachtet man hierbei Exophthalmus und Chemose der betreffenden Seite, während die andere Seite meist durch direktes Uebergreifen des Prozesses beteiligt ist. Wahrscheinlicher ist es, dass die Entzündung des einen Sinus sich in das retrobulbäre Gewebe ausgebreitet hat, entweder direkt durch den Knochen hindurch oder auf dem Lymphwege, oder aber dass sie ein sympathisches Oedem dieses Gewebes

hervorgerufen hat. In jedem Falle würde dieses Gewebe hier durch ausgedehnt worden sein und das Auge vorgetrieben haben, d. h. in der Richtung des geringsten Widerstandes; auf diese Vorwärtstreibung des Auges würden auch die Doppelbilder beruhen.

Die Neuritis optica ist eine seltene Komplikation; in den 42 Fällen von St. Clair Thompson wurde sie nur 1mal (3) beobachtet (No. 38), während Hyperämie der Papille 2mal (Fall 1 und 16) und Oedem der Retina 1mal (Fall 34) gefunden wurde.



Die Sinus sphenoidales liegen im Innern des Keilbeinkörpers; sie werden gebildet durch Resorption des spongiösen Gewebes des Presphenoides, die nach Thomson (4) meist im 7. Lebensjahre, nach Symington (5) schon im dritten beginnt. Die Grösse der Sinus ist beträchtlich und ihr Verhältnis zur Umgebung wichtig. Die beiliegende Abbildung zeigt einen sagittalen medianen Durchschnitt eines europäischen Schädels aus dem anatomischen Museum of Queens College, Belfast, für deren Ueberlassung ich Herrn Prof. Symington bestens danke. Hierauf ist der Sinus selbst sehr ausgedehnt, seine Wände sind sehr dünn, und der eine Sinus ist bedeutend grösser wie der andere, was nach Untersuchungen einer Reihe von Schädeln die Regel zu sein scheint. Die Abbildung zeigt einen Schnitt durch die linke Seite der Nase, direkt links neben dem Nasenseptum gelegt. Der Sinus ist also der linke; er ist bedeutend grösser wie der rechte und erstreckt sich bis über die Mittellinie nach rechts; er misst 24 mm im grössten vertikalen, 18 mm im horizontalen und 21 mm im transversalen Durchmesser (d. h. von Wand zu Wand). Er liegt direkt unterhalb des Ursprungs der kleinen Keilbeinflügel, der oliven Fortsätze und der


467.

Trachomtherapie in der verseuchtesten Gegend Ungarns.

Von
Dr. Marczel Falta,
Augenarzt in Szegedin.

Redigiert von
Dr. Ohlemann,
Augenarzt in Wiesbaden.

Mit 7 Abbildungen.

Preis 2 Mark.

Klinische und anatomische Studien an Augengeschwülsten.

Von
Dr. Gottfried Ischreyt,
Augenarzt in Libau (Russland).

Mit 18 Abbildungen im Text.

Preis Mk. 4,—.

Die Funktionsprüfung des Auges

und ihre Verwertung

für die allgemeine Diagnostik.

Für Ärzte und Studierende.

Von **Prof. Dr. O. Schwarz**
in Leipzig.

Mit 81 Figuren im Text und einer Tafel.

Gr.-8⁰, XIV und 322 Seiten. Brosch. M. 7.—, geb. M. 8.—.

Schmidts Jahrbücher: Das schwierige Werk ist ihm ausgezeichnet gelungen. Die ganze Funktionsprüfung ist sozusagen vom Lichtstrahl an logisch entwickelt, der gesamte Stoff bei all seiner Fülle und Mannigfaltigkeit meisterhaft anschaulich und übersichtlich aufgebaut. Neben einer erschöpfenden sachlichen Berücksichtigung der vorhandenen Literatur treten allenthalben selbständige Gedanken hervor.

Von demselben Verfasser erschien im gleichen Verlage:

Die

Bedeutung der Augenstörungen

für die Diagnostik

der

Hirn- und Rückenmarks-Krankheiten.

Für Ärzte,

besonders Neurologen und Ophthalmologen.

Gr.-8⁰. Brosch. M. 2.50, geb. M. 3.50.

Medizinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW. 6.